FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE MARSEILLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE LATENTE

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 22 Mai 1958

PAR

M^me^ BONNEFOI, née Claude VERDEUIL

Née le 6 Mai 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

M. J. CHOSSON, *Président*

MM. POINSO, SERMENT, LENA, *Assesseurs*

EDITIONS QUO VADIS - MARSEILLE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE MARSEILLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE LATENTE

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 22 Mai 1958

R. UNIV.
BIB. GENEES
LETTRES

PAR

M^me^ BONNEFOI, née Claude VERDEUIL

Née le 6 Mai 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

M. J. CHOSSON, *Président*

MM. POINSO, SERMENT, LENA, *Assesseurs*

EDITIONS QUO VADIS - MARSEILLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545820_0027

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Secrétaire principal : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

Professeurs honoraires

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, JOYEUX, HECKEN-ROTH, MOIROUD, MONGES, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN.

Professeurs

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie Clinique et Expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique Chirurgicale	LAMY
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutiq. et Chirurgie Expérim.	DE VERNEJOUL
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	CREMIEUX
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	RECORDIER
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Otorhinolaryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique Urologique	N...
Endocrinologie Médicale	VAGUE
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Sociale	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD

Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie Interne	AUDIER
Pathologie Chirurgicale	DOR
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaire

MM. ROUX
DONNET
MOURGUE

Maîtres de Conférences agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
GREBUS
LISSITZKY
MERCIER J.
PASTOR
PAYAN
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERNARD René
CHARPIN
CHAUVIN
DEVIN
GRANJON
LAVAL
MONGES
MOUREN
ORSINI
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
HENRY
IMBERT
LENA
OLLIVIER
OURGAUD

Chargé de fonctions de Maîtres de Conférences

Histologie	M. STAHL

Chargé des fonctions d'Agrégés

Hygiène et Médecine Sociale	M. GEVAUDAN
Dermato-Syphiligraphie	M. CALAS

A MON MARI,

A MA MERE,

A MON PERE,

A MA FAMILLE ET A MES AMIS.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CHOSSON

respectueux témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il a toujours montrée à notre égard et pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A Monsieur le Professeur POINSO

à qui nous devons une grande part de notre formation médicale, en témoignage de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé SERMENT

qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a bien voulu nous guider avec tant de bienveillance et de dévouement. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé LENA

qui a accepté avec grande amabilité de faire partie de notre Jury.

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Marseille.

INTRODUCTION

Les moyens modernes d'investigation ont permis ces dernières années de mettre l'accent sur un aspect de la tuberculose génitale de la femme qui peut passer inaperçu au clinicien et à la malade elle-même bien souvent.

C'est le but de cette thèse d'apporter sa contribution à l'étude des formes latentes de la tuberculose génitale à la faveur d'observations que nous avons recueillies à la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté de Médecine de Marseille.

Ramenons d'abord cette discussion à des limites nettes.

Nous entendons par tuberculose latente génitale, toutes les formes de cette affection n'ayant aucune manifestation clinique apparente, ou qui se traduisent par des signes discrets non spécifiques et sans rapport avec les signes habituels de la tuberculose génitale.

C'est donc, et l'on nous permettra d'insister sur ce point, un diagnostic difficile que celui de la tuberculose latente pour le gynécologue qui n'aurait d'autres secours que l'examen clinique.

La séméiologie est d'une grande pauvreté, tout au moins d'une grande banalité. Rien qui ne puisse orienter dès l'abord le diagnostic comme dans les formes classiques de la tuberculose génitale, dont nous allons brièvement rappeler les caractéristiques cliniques.

Dans les formes classiques, le bacille de Koch peut toucher toutes les parties de l'appareil génital, et l'on peut ainsi rencontrer mais avec différentes fréquences :

— la tuberculose de la vulve, la tuberculose du vagin, la tuberculose du col,

Ces trois localisations étant très rares surtout chez la femme jeune, qui a presque le monopole de la tuberculose génitale qui touche alors :

a) le corps utérin, et c'est une endométrite tuberculeuse miliaire, ulcéreuse ou végétante dont les signes cliniques évoquent une endométrite banale.

b) les trompes les plus fréquemment atteintes seules ou associées à une tuberculose de l'endomètre.

Cette tuberculose annexielle peut revêtir deux formes :

— aiguë évolutive : tuberculose péritonéale avec ascite ou f. fibrocaséeuse.

— chronique d'emblée, que ce soit un abcès froid tubaire, une salpingite discrète ou une tuberculose ovarienne isolée.

— l'hydrosalpinx enfin que nous retrouverons dans les formes latentes.

La plupart de ces formes étaient vouées à un traitement chirurgical, l'examen des pièces opératoires fit faire de grands progrès à la connaissance histologique des lésions tuberculeuses qui se précisa peu à peu et la pratique plus étendue de biopsies et de cultures permit de faire rentrer certaines affections de nature imprécise dans le cadre de la bacillose génitale.

De nombreux auteurs ont eu déjà l'attention attirée par les résultats des examens effectués en cours d'exploration pour une stérilité où aucune étiologie hormonale ou inflammatoire ne pouvait être évoquée.

Déjà en 1922, Steinsick avait parlé du rôle que jouait la tuberculose latente de l'endomètre dans la stérilité.

Après lui, Sharman, Schokaert et Ferin, Halbrecht, Sutherland, Villard, Bedrine et Houlné ont publié leurs observations.

Au point de vue histologique, après les recherches de Lenormant, Delore et Chalet, Moulonguet, nous mentionnerons celles de Delarue, J. de Brux et Rauzy, les recherches hystérographiques de R. Solal, Magnusson, Madsen, Keller.

Nous devons citer également les noms de Douay et Palmer, P. Morin, Halban, Dalsace et Funck-Brentano, Leroux et Guineheuc.

Enfin dans leur livre, Bret, Legros et Duperrat en font une étude détaillée à laquelle nous nous sommes souvent rapportée.

Les données classiques sur les formes latentes

La notion de la tuberculose latente est déjà classique puisque son étude remonte à une dizaine d'années. Les travaux des auteurs qui se sont intéressés à elle ont défini le cadre de cette affection où la plus grande place revient aux examens complémentaires. C'est sur eux que repose le diagnostic. La symptomatologie de la tuberculose latente est réduite au minimum. Les troubles que l'on rencontre ne sont pas évocateurs de bacillose. Les malaises nécessitent rarement, tout au moins au début, une consultation et ce n'est souvent que leur persistance ou la survenue d'une complication qui décide la malade à se faire examiner. Mais le point de départ essentiel est la stérilité. C'est la stérilité qui amène ces jeunes femmes à consulter dans les deux tiers des cas bien que l'on puisse découvrir une localisation de la tuberculose génitale à la suite d'un accouchement ou d'un avortement comme l'ont montré Vermelin, Musset et Michel. Bret et Legros parlent même des formes du post-partum et du post-abortum.

La stérilité reste la plus fréquente des complications et on le conçoit très bien en pensant que la tuberculose se manifeste facilement par une oblitération des trompes.

En dehors de cette éventualité, les troubles se limitent à des signes mineurs tout à fait discrets dont la persistance plus que l'intensité alarme la malade : quelques douleurs tenaces, des troubles des règles à type de petites méno-métrorragies, d'hypo-

ménorrhée, de dysménorrhée. Les règles sont irrégulières, peu abondantes, traînantes ou douloureuses plutôt qu'absentes comme on le pensait généralement, ou ce sont alors des périodes d'aménorrhée qui font envisager une insuffisance hormonale.

Nous avons retrouvé une imprégnation tuberculeuse plus ou moins lointaine chez la plupart de nos malades. Bret et Legros dans une statistique notent des antécédents dans 58 % des cas. Sur les 12 observations que nous avons pu étudier, ils existaient chez 8 malades. Leur présence est un facteur important dans l'établissement du diagnostic car la clinique qui est tout à fait banale peut revêtir un aspect trompeur.

Ainsi l'élément pseudo-hormonal prend parfois le dessus. Les formes pseudo-hormonales peuvent se traduire comme l'ont montré Bret et Legros par une aménorrhée, des métrorragies, une hémorragie inter-menstruelle ou une pseudo-hyper-androgénie.

On rattache ces troubles menstruels d'autant plus aisément à une perturbation hormonale que la biopsie d'endomètre révèle souvent une imprégnation anormale de la muqueuse : insuffisance progestative surtout mais également hypofolliculinie où au contraire l'on observe une muqueuse hyperplasique dans la forme métrorragique par exemple. Il existe donc un déséquilibre hormonal vrai et l'on peut penser qu'il résulte des perturbations de l'endomètre créées par les lésions bacillaires.

Mais quel que soit le trouble, il nécessite la mise en train d'une chaîne d'examen.

Signalons seulement les examens habituels : formule et numération globulaire, vitesse de sédimentation, cuti-réaction. La radio des poumons montrera peut-être des images de séquelles mais les lésions évolutives sont rarement associées à une tuberculose génitale.

C'est surtout la biopsie d'endomètre qui constitue une étape essentielle dans le diagnostic. Cet examen est effectué systématiquement en gynécologie, principalement comme moyen d'investigation hormonale. Malheureusement, seul le résultat positif a de la valeur. D'une réponse négative on ne peut conclure à l'absence de tuberculose. Le bacille peut se greffer sur les trompes en respectant l'endomètre. Celui-ci est parfois atteint dans une zone assez limitée qui échappe à la recherche histologique. Pour avoir le plus de chances d'obtenir un résultat il faut donc faire un prélèvement important sur les quatre faces utérines, « véritable curettage » comme le conseille Bret. Le moment le plus favorable pour effectuer ce prélèvement se situe à la fin du cycle. Delarue a montré en effet que les follicules tuberculeux prenaient leur aspect le plus typique dans la 2e partie du cycle et surtout dans les jours précédant les règles.

Encore ne faut-il pas s'attendre toujours à rencontrer une formation folliculaire caractéristique. La lecture de la biopsie pose parfois un problème à l'histologiste tant l'aspect du follicule est différent de celui d'un follicule de Koester typique. Les

formations sont réduites à un amas de cellules épithélioïdes ou au contraire à une ou plusieurs cellules géantes éparses dans le chorion sans couverture épithélioïde (Bernard Duperrat).

Pour mettre le bacille de Koch en évidence de façon directe, on peut faire des cultures du sang des règles (Halbrecht, Kraubig), des sécrétions cervico-utérines (Halbrecht) ou de fragments endométriaux (Bedrine et Houlne).

Les renseignements fournis par ces examens, s'ils concordent en général avec les données de la biopsie sont aussi difficiles à obtenir car la tuberculose génitale est éminemment pauci-bacillaire. De même que pour la biopsie, si le résultat positif a la valeur d'une preuve absolue, un résultat négatif ne peut être retenu comme argument contre la nature tuberculeuse de la maladie.

L'hystérographie est un examen de grande valeur qui fournit des renseignements importants mais délicats à interpréter.

Les conclusions des travaux de Magnusson, Madsen, Palmer, Denel, ont donné les caractéristiques d'aspects nettement évocateurs de tuberculose.

Les images rencontrées sont au niveau de l'utérus, une irrégularité des bords, la convexité exagérée du fond. L'injection des sinus veineux péri-utérins est assez fréquente. Certains auteurs ne lui reconnaissent pas la valeur d'une image spécifique. Pour Bret, le passage du produit de contraste dans les sinus veineux et les lymphatiques serait le témoin d'une lésion évolutive. Il nécessiterait un état particulier de la muqueuse utérine. L'hystérographie révèle parfois la disparition de la cavité utérine avec persistance seulement du canal cervical qui traduit la symphyse en général cicatricielle des parois. C'est ainsi que Netter et Musset ont décrit des images en doigts de gant. Les clichés de contrôle, indispensables pour juger l'élimination du produit opaque, montrent parfois des images de plis de la muqueuse.

Au niveau des annexes, ce sont les anomalies du trajet tubaire qui ont les premières frappé les auteurs. Les trompes peuvent être carrément amputées mais plus fréquemment rigides en tuyaux. Leur trajet est régulièrement dilaté ou au contraire le siège de dilatations et de strictions successives réalisant une image en chapelet. Les images d'hydrosalpinx sont assez souvent observées au cours de la tuberculose.

En résumé, l'hystérosalpingographie révèle la mauvaise perméabilité des trompes allant jusqu'à leur oblitération.

La cœlioscopie enfin, permet de voir des lésions d'inflammation chronique à type d'adhérences de granulations parsemées sur le péritoine, une déformation au niveau des trompes qui sont turgescentes ou rétractées.

PRÉSENTATION des OBSERVATIONS

Nous avons 19 observations. Certaines sont typiques, d'autres sont discutables. Selon les symptômes rencontrés, nous pouvons classer, suivant Bret et Legros et d'après nos propres constatations, ces observations sous 3 rubriques différentes.

1° La forme inapparente qui comprend deux catégories de faits :

— dans la première catégorie, une tuberculose latente est reconnue au cours d'une exploration pour stérilité ;

— dans une deuxième catégorie, nous faisons entrer la découverte chirurgicale d'une lésion tuberculeuse qui ne se manifestait pas.

L'opération est faite pour un kyste, un fibrome. Bret a mentionné la fréquence relative de l'association de la tuberculose avec ces lésions.

2° La forme camouflée :

— soit forme douloureuse banale ;

— soit forme pseudo-hormonale où des troubles gynécologiques à allure hormonale constituent le point d'appel à des examens qui révèlent une lésion bacillaire.

3° Une forme a la limite de la tuberculose, d'après l'expression de Bret. Elle ne fait pas sa preuve, on pose un diagnostic de présomption et non de certitude. Les résultats du traitement sont dans ce cas très intéressants à noter.

I. - Formes inapparentes

1° Voici quelques histoires typiques de tuberculose latente découverte au cours d'exploration pour stérilité.

Observation N° 1.

M^me^ Ch..., 26 ans.

C'est pour stérilité que M^me^ Ch... vient se faire examiner en janvier 1957.

Mariée depuis 2 *ans, elle ne présente aucun antécédent pathologique. Elle a été réglée à* 12 *ans toujours régulièrement, tous les* 29-30 *jours pendant* 8 *jours, mais très peu abondamment les* 4 *derniers jours.*

Elle présente un léger syndrome pré-menstruel mais pas de dysménorrhée sauf une lombalgie.

Les caractères sexuels secondaires sont normaux.

Un toucher vaginal montre un utérus médian, flanqué d'une petite masse à droite.

La biopsie révèle une tuberculose de l'endomètre typique.

La malade refuse une hystérosalpingographie.

Observation N° 2.

M^me^ Ni..., 30 ans.

Est mariée depuis 5 ans et constate une stérilité pour laquelle elle se fait examiner.

Dans ses antécédents, à l'âge de 20 ans, on note une affection intestinale suivie de pleurite traitée par du repos et 3 mois de campagne. Elle est réglée à 14 ans, tous les 28-30 jours pendant 5 jours. Les premiers temps de son mariage, son cycle raccourcit, coupé par une hémorragie inter-menstruelle. Elle se plaint d'un syndrome pré-menstruel accentué.

A la suite d'un traitement hormonal, les règles redeviennent normales. Actuellement 28-30 l.

C'est une personne mince aux caractères sexuels secondaires, bien développés, à l'appareil génital subnormal.

Elle présente une endocervicite discrète.

La courbe de température est monophasique.

Une biopsie de l'endomètre est faite au 20^e^ jour d'un cycle, voici son résultat : le chorion englobe une série de formations folliculaires essentiellement constituées par des cellules épithélioïdes et des cellules multinucléées de type Langhans. Infiltrations leucoplasmocytaires diffuses. Donc endométrite de type tuberculeux.

La culture du sang des règles sera positive 3 semaines après.

L'hystérosalpingographie montre une cavité utérine de volume subnormal avec image de l'endomètre irrégulier, dentelé.

La radio pulmonaire est normale.

Elle reçoit d'abord un traitement de Rimifon et dihydrostreptomycine pendant 2 mois.

On fait alors une biopsie de l'endomètre qui sera négative. Mais les fragments prélevés étant très exigus, on ne peut affirmer la guérison.

Le traitement est continué à raison de 1 mois : strepto-Rimifon, puis pendant 2 mois Rimifon seul.

Les règles sont redevenues normales.

Une 3^e^ biopsie sera encore négative et une hystérosalpingographie effectuée quelque temps plus tard montrera une cavité utérine normale et l'imprégnation des trompes sans passage dans les pavillons.

Observation N° 3.

M^me^ Po..., 28 ans.

Se fait soigner pour stérilité. Elle est mariée depuis 5 ans. On ne trouve rien de notable dans ses antécédents.

Elle a été réglée à 11 ans. Le cycle est un peu long, 32-33 jours pendant 4 jours avec un léger syndrome prémenstruel surtout mammaire.

Elle est examinée dans le service en janvier 1957.

L'aspect général est normal.

Le toucher vaginal ne révèle aucune anomalie.

La vitesse de sédimentation, la formule et numération sont normales. On fait une biopsie en fin de cycle qui révèle une insuffisance progestative et une anovulation.

A l'hystérosalpingographie : cavité utérine normale,
trompe droite amputée,
trompe gauche perméable à son début mais sans imprégnation du pavillon ni passage péritonéal.

On fait une culture du sang des règles qui, 6 *semaines après, sera positive.*

Les examens hormonaux sont normaux.

La courbe de température est diphasique mais en dessous de 37°, *douteuse avec un décalage peu important.*

En mai et juin 1957, *elle est traitée par dihydromycine* 1 *g, et Rimifon* 6 *comprimés par jour.*

Le cycle est toujours un peu long.

En janvier 1958, *un nouvel examen génital montre un utérus petit très antéversé,* 2 *ovaires paraissent un peu gros et ronds.*

L'hystérosalpingographie à ce moment-là permet d'apprécier une perméabilité tubaire bilatérale.

Observation N° 4.

Mme Azo..., 39 *ans.*

Mariée depuis 10 *ans, elle constate une stérilité pour laquelle elle s'est fait déjà examiner en Russie.*

Ses antécédents : elle a eu deux pleurésies à 19 *et* 20 *ans avec dans l'intervalle une appendicectomie.*

En 1953, *à* 35 *ans, une affection intestinale de type dysentérique sera guérie par streptomycine.*

Réglée à 12 *ans* 1/2 *normalement, elle ne présente pas de syndrome pré-menstruel sauf quelques nausées, pas de métrorragie, ni de dysménorrhée. Elle est examinée en mai* 1957. *Une hystérosalpingographie faite en Russie l'année d'avant avait décelé une tuberculose génitale pour laquelle elle subit des rayons U.V.*

A l'examen, on perçoit un utérus en bonne place, un peu gros, rien d'annexiel.

On fait une biopsie d'endomètre au 19e *jour du cycle, dont voici les résultats : ..muqueuse d'un cycle anovulatoire avec insuffisance progestative importante.*

La culture du sang des règles sera stérile.

L'hystérosalpingographie faite 2 *mois après montrera trompe droite non injectée sauf le tiers interne qui est rigide, trompe gauche :* 2/3 *interne en tuyau de pipe avec une*

plicature à angle droit. Images en chapelet à l'extrémité de la trompe gauche. La vitesse de sédimentation et la numération et formule sanguine sont normales.

On conseille l'abstention thérapeutique.

OBSERVATION N° 5.

Mme R..., 32 ans.

Cette dame vient consulter pour stérilité. Le 3 octobre 1956. Elle a des antécédents tuberculeux nets : à 20 ans, elle a subi une néphrectomie droite pour bacillose.

Elle aurait eu ensuite un voile au sommet droit.

Au point de vue gynécologique, elle a été réglée à 12 ans — tous les 27-29 jours pendant 4 jours.

Ses règles ont diminué d'abondance mais elle n'a jamais eu d'aménorrhée.

On lui fait une biopsie d'endomètre au 20e jour du cycle qui montre une muqueuse d'aspect folliculinique, pas d'action progestative. L'hystérosalpingographie montre un utérus normal mais pas d'imprégnation tubaire.

La courbe de température basale est diphasique.

Quelques mois après on lui fait une insufflation utéro-tubaire :

Courbe de remplissage utérin sans passage tubaire.

Elle reçoit un traitement de streptomycine pendant 2 mois et Rimifon pendant 3 mois.

Une nouvelle insufflation est prévue. Malheureusement la malade n'est pas revenue.

OBSERVATION N° 6.

Mme La..., 36 ans.

Consulte en décembre 1956 pour stérilité. Elle est mariée depuis 4 ans. Réglée à 12 ans tous les 26-28 jours pendant 5 jours, toujours bien, sauf une période d'aménorrhée de presque 1 an à 22 ans pendant la guerre au début de ses études d'infirmières. A ce moment, on note un virage violent de sa cuti-réaction.

En 1954, une hystérosalpingographie fait découvrir une hydrosalpinx et une obturation tubaire. Une biopsie de l'endomètre faite au 22e jour du cycle ne montrera pas de lésion tuberculeuse mais une insuffisance lutéale.

De même, la culture du sang des règles sera négative.

En juin 1957, on fait une cœlioscopie qui révèle un utérus de volume normal, une annexite bilatérale rétractile avec adhérences. Elle est traitée par didromycine, bipénicilline et Rimifon.

La malade part aux colonies et est perdue de vue.

OBSERVATION N° 7.

Mme Pe..., 25 ans.

Vient se faire examiner en mai 1957 pour stérilité. Elle se plaint également de quelques douleurs hypogastriques et lombaires qui se sont accentuées depuis décembre 1956. Elle présente

des antécédents tuberculeux nets : en 1948, à l'âge de 16 ans, elle fait une pleurésie séro-fibrineuse suivie d'une péritonite et traitée par streptomycine et cure héliomarine.

Au point de vue gynécologique, elle a été réglée à 15 ans, tous les 30 jours pendant 8 jours. Elle constate une aménorrhée de 8 mois au moment de son histoire bacillaire aiguë. Depuis décembre 1956, les règles toujours régulières diminuent d'abondance. Mariée depuis 1954, elle n'a pas de grossesse bien qu'elle le désire fortement.

Le toucher vaginal montre un utérus en bonne place, un ovaire droit subnormal. A gauche, on peut sentir une masse antéro-supérieure d'allure kystique. Sur une biopsie faite au 25e jour du cycle, on observe un endomètre au stade lutéinique avec hyperlutéinie et aspect glandulo-kystique.

La culture du sang des règles faite le même jour sera stérile. L'hystérosalpingographie donne une image de tuberculose presque certaine.

Cavité utérine normale,
Muqueuse épaissie,
Trompe droite non injectée,
Trompe gauche injectée mais rigide.

On institue un traitement d'épreuve de 2 mois de streptomycine et Rimifon.

Mais le 15 juin, devant un syndrome douloureux aigu, on intervient. Le petit bassin est bloqué par de multiples adhérences colo-épiploïques. L'utérus de volume normal est flanqué de 2 masses salpingiennes plus grosses que le pouce adhérant aux 2 ovaires qui sont augmentés de volume et le siège d'une réaction poly-kystique. On retrouve dans le douglas du sang ancien provenant de la rupture d'une formation progestative de l'ovaire gauche. On fait une salpingectomie gauche. Dans les suites opératoires, on donne 6 comprimés de Rimifon par jour plus 2 g de streptomycine pendant 2 mois. Les douleurs abdominales ont disparu, les règles sont redevenues subnormales.

Mais un examen effectué 3 mois plus tard montre un utérus refoulé à droite par une masse kystique latérale douloureuse. On continue la streptomycinothérapie qui durera 6 mois. Examinée en janvier 1958, cette dame se plaint de dysménorrhée.

Un toucher vaginal à cette date montre un utérus libre mais augmenté de volume par les annexes bloquées contre lui.

Il ne semble pas y avoir de guérison anatomique.

Nous retrouvons chez cette dame des antécédents tuberculeux indiscutables, une lésion génitale certaine et dès le 1er examen le diagnostic pouvait être porté facilement. Peut-on parler de tuberculose latente ?

Oui, étant donné que cette malade est essentiellement venue pour stérilité. Elle affirme qu'elle ne souffrait pratiquement pas et n'aurait certainement pas consulté un médecin si elle n'avait pas désiré un enfant. Cette tuberculose salpingienne importante

était pratiquement muette depuis 10 *ans car on peut imaginer qu'elle s'est constituée au moment de la tuberculose péritonéale (images de séquelles).*

On peut donc affirmer après J. de Brux *qu'une tuberculose génitale, même importante, peut rester refroidie pendant de nombreuses années sans donner de manifestations cliniques.*

Si les trompes sont très tolérantes, l'ovaire est secondairement touché et fait très souvent une réaction de type polykystique qui se traduit ici par un syndrome pré-menstruel accentué, une endométriose hyperplasique glandulo-kystique des formations kystiques fonctionnelles et la rupture de l'une d'elles a provoqué l'exploration chirurgicale. La conduite chirurgicale n'a pas été des plus logiques, il aurait fallu ou ne rien faire ou faire une hystérectomie.

La tentative de chirurgie conservatrice a été faite sous l'insistance de la malade et de son mari.

Observation N° 8.

Mme B..., 24 *ans.*

Vient consulter pour stérilité.

Antécédents : Père décédé de néphrite,
Mère en bonne santé,
Un frère en bonne santé.

Maladies infantiles bénignes, appendicectomie en 1953, *mais il faut surtout mentionner qu'à la suite de cette intervention, on lui a fait pendant* 1 *an un traitement d'abord à base de streptomycine et Rimifon, ensuite de Rimifon seul.*

Réglée à 14 *ans, tous les* 28 *jours pendant* 8 *jours.*

Elle accuse un léger syndrome prémenstruel.

Elle vient consulter pour sa stérilité mais aussi précise que depuis 3 *ou* 4 *mois, elle a des irrégularités de règles avec exagération du syndrome prémenstruel.*

A l'examen, c'est une femme brune harmonieuse qui accuse une augmentation de poids de 7 *kg depuis son mariage* (4 *ans*).

Morphologie : Poids : 62 *kg.*
Taille : 159 *cm.*
Envergure : 157 *cm.*
Seins normaux.
Pilosité : P/4 — avec poils remontant vers l'ombilic.
A/4 — poils autour du mamelon.

Examen viscéral négatif.

Examen gynécologique : clitoris et vulve normaux.
utérus et annexes non pathologiques.

Des dosages hormonaux sont faits et sont voisins de la normale en fonction du cycle : F.S.H. : 10 *U.S.*

Phénolstéroïdes : 40 g.
3 d O.H. Stéroïdes : 14 mmg.
17 cétostéroïdes : 13,5 mmg.
Frottis vaginaux : cycle voisin de la normale.

Le mois suivant, une biopsie de l'endomètre est faite en fin de cycle. Elle montrera une absence d'imprégnation progestative. D'ailleurs, ce mois-là, la courbe thermique est monophasique.

Une culture du sang des règles est demandée.

Hystérographie : cavité utérine normale,
image tubaire montrant d'un côté une trompe obturée au niveau du pavillon avec imprégnation marécageuse et diverticulaire, de l'autre côté sténose importante. Le liquide de contraste n'injecte pas la totalité de la trompe.

Une cœlioscopie pratiquée permet de voir un petit bassin recouvert par un grand épiploon adhérent.

Les annexes peu visibles sont le siège d'une salpingite ancienne avec multiples adhérences péritonéales.

En attendant les résultats de la culture du sang des règles, on conseille l'abstention thérapeutique (vitesse de sédimentation sanguine normale, apyrexie).

2° *Parfois, la nature des lésions échappant aux recherches cliniques et paracliniques est une découverte chirurgicale au cours d'une opération effectuée pour autre chose. C'est pour un kyste souvent que l'on décide d'intervenir, car la tumeur annexielle prend facilement les caractères d'une tumeur kystique. L'examen histologique des pièces opératoires montre d'ailleurs que l'ovaire est souvent le siège de formations kystiques et c'est parfois la rupture d'une de ces formations qui crée un accident aigu provoquant l'intervention.*

Observation N° 9.

Mlle J. R..., 22 ans.

Est traitée depuis 3 ans pour lésions pulmonaires bilatérales tuberculeuses.

Elle est admise à l'hôpital pour des douleurs très importantes de la fosse iliaque gauche dont les paroxysmes l'obligent parfois au repos complet.

Elle a été réglée à 13 ans 1/2. Son cycle est long, tous les 35-40 jours pendant 5 jours ; elle présente parfois des périodes d'aménorrhées.

Le toucher vaginal permet de sentir un petit utérus rétroversé surmonté à gauche par une volumineuse masse douloureuse rénitente d'allure kystique ; à droite, le paramètre semble rétracté.

Après préparation, on fait une laparotomie exploratrice, le grand épiploon bloque tout le petit bassin, on découvre un volumineux kyste de l'ovaire gauche, un petit kyste de l'ovaire droit et une salpingite rétractile avec de nombreuses adhérences.

On fait une hystérectomie subtotale dont on pratique l'examen histologique des pièces opératoires : les formations ovariennes sont des kystes séro-muqueux sans lésions inflammatoires.

La trompe droite est le siège d'une lésion bacillaire.

Il semble que l'on peut parler de tuberculose latente car les signes douloureux pelviens sont dus aux lésions ovariennes surajoutées.

Cette dame est une bacillaire en évolution avec une greffe tuberculeuse génitale que l'on ne soupçonnait pas. L'opération a été effectuée pour un kyste, bien que l'on ait fait des réserves en raison de la bacillose pulmonaire. Sans cette tumeur ovarienne, elle n'aurait probablement pas été opérée et la tuberculose génitale aurait poursuivi son évolution silencieuse.

Observation N° 10.

M^lle Bo..., 27 ans.

Vient consulter pour des poussées de température à 39° avec de vives douleurs hypogastriques gauches. Dans ses antécédents, on trouve une tuberculose pulmonaire bilatérale à l'âge de 21 ans. L'examen du petit bassin montre un utérus de volume normal refoulé à droite par une masse de la grosseur d'une petite orange, régulière et rénitente. Il existe un empâtement du petit bassin. Mise en observation avec repos au lit, son état général semble s'améliorer mais la masse gauche augmente de volume et prend tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Les poussées fébriles à 39°-40° et les douleurs abdominales reparaissent ; on conseille une intervention qui est effectuée après préparation.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique démontre la présence de follicules bacillaires typiques.

Observation N° 11.

M^me Al..., 26 ans.

Admise à l'hôpital le 6-12-55.

Pas d'antécédents importants : maladies infantiles bénignes, appendicectomie à l'âge de 12 ans ; elle a été réglée à 11 ans et le cycle est normal (28/4). Les règles, toujours régulières, sont peu abondantes et douloureuses le premier jour.

Au point de vue obstétrical : 1^re grossesse en 1946, normal accouchement à terme d'une fille de 3,700 kg ; 2^e grossesse en 1947, une fille, accouchement à terme d'un enfant mort ; 3^e grossesse en 1949, avortement de 3 mois 1/2 spontané. Depuis, elle est traitée à la consultation pour métro-salpingite. Les phénomènes douloureux abdomino-pelviens à prédominance droite, surviennent d'abord par intermittence, sans périodicité aucune. Ils sont de plus en plus fréquents depuis 2 mois, ne cédant plus au repos. Pas de métrorragies, mais une leucorrhée banale les accompagne.

Au toucher vaginal, on a trouvé à plusieurs reprises, à la consultation, une masse droite importante plus grosse qu'un œuf et un empâtement du côté gauche.

Pendant la durée de son séjour dans les services, on constate que ni le repos ni le traitement par les antibiotiques ne font diminuer la masse droite ; par contre, l'empâtement s'estompe légèrement. On trouve toujours une salpingite chronique ancienne bilatérale avec 2 trompes nettement perceptibles, bosselées et irrégulières.

Devant l'absence de régression nette par le repos, devant la nécessité pour cette jeune femme qui a un mari invalide d'avoir une activité normale, devant l'échec des traitements médicaux qui durent depuis 2 ans, on se décide à une intervention qui sera pratiquée le 20 décembre 1955.

Médiane sous-ombilicale qui permet de mettre en évidence une salpingite bilatérale ancienne avec de nombreuses adhérences. Salpingite type nodulaire. La masse droite correspond à un gros ovaire scléro-kystique qui est très adhérent à la face postérieure du ligament large et même à l'intestin.

Après libération des adhérences devant les lésions bilatérales, on fait une hystérectomie sub-totale typique avec évidement conoïde du col.

Les suites seront satisfaisantes et normales.

L'examen histologique des trompes a montré de façon indiscutable mais à notre grande surprise des lésions typiques de bacillose génitale tubaire (Prof. Agrégé H. Payan).

II. - **Formes camouflées**

1° Il est des cas où le signe majeur du tableau clinique est la douleur, soit douleur exiguë évoquant une appendicite, soit plus souvent fond douloureux peu important mais persistant.

Observation N° 12.

Mme A..., 27 ans.

Examinée pour la première fois en mai 1956. Ses antécédents montrent qu'elle a présenté quelques maladies bénignes de l'enfance. En 1945, elle a présenté une blépharo-conjonctivite rebelle pour laquelle on a envisagé une étiologie bacillaire. A ce moment-là, on lui a fait des examens complémentaires qui ont montré une primo-infection importante avec réaction pleuro-pulmonaire.

Après 14 mois de montagne, disparition des lésions évolutives.

Notons que des visites systématiques n'ont jamais montré de lésion pulmonaire suspecte ces dernières années.

Depuis 4 ou 5 ans, cette jeune femme note de vagues douleurs abdominales que l'on a baptisées colite ou appendicite chronique car elles siègent très volontiers à droite.

Depuis 3 ans, une stérilité relative est à mentionner (règles normales, 28/3, premières règles à 12 ans).

Depuis le début de l'année 1956, la malade accuse une asthénie, une fatigabilité importante : se couche tôt, se lève tard, pas d'amaigrissement notable ni de température anormale.

Depuis 8 jours, au moment où nous la voyons, elle a une température à 38° le soir, et une douleur nette dans la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal montre facilement un petit utérus de volume normal avec de chaque côté 2 annexes qui, augmentées de volume, sont nettement perceptibles et légèrement irrégulières.

On évoque chez elle la possibilité d'une lésion génitale et on l'hospitalise en observation.

Divers examens complémentaires sont pratiqués.

Etude radiologique des poumons : en radioscopie, on est frappé par le peu de mobilité des bases et en particulier de la base droite. La radiographie est négative. Transparence parfaite. Culs-de-sac libres.

Vitesse de sédimentation : 17 mm à la première heure, 28 mm à la deuxième heure.

Numération et formule dont voici les résultats :

Globules rouges : 4.160.000.
Taux d'hémoglobine : 85 %.
Val. globulaire : 1,02.
Globules blancs : 19.200.

On envisage une cœlioscopie et une culture du sang des règles, mais au 4e jour de la mise en observation, syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec légère défense puis douleurs violentes, état syncopal, cul-de-sac de Douglas très douloureux qui impose une intervention.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on voit sur le grand épiploon des élevures blanchâtres caractéristiques de la tuberculose péritonéale. L'utérus est de volume normal, flanqué de deux trompes congestives légèrement augmentées de volume avec un fin voile d'adhérences.

L'ovaire droit présente, au centre d'un corps progestatif, une rupture par où sortent quelques gouttes de sang dont on retrouve une cuillerée dans le douglas. Cette lésion nous explique les phénomènes aigus qui nous obligés à intervenir.

Appendicectomie. Un point de suture sur la zone hémorragique ovarienne après prélèvement d'un fragment. Biopsie épiploïque. Fermeture de la paroi. Bonnes suites opératoires.

Examen anatomo-pathologique :

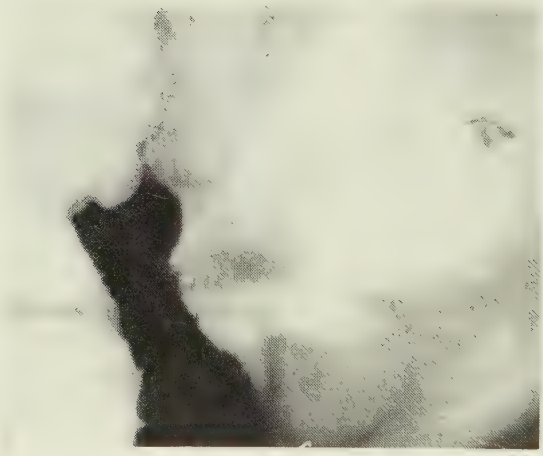
a) *Appendice : la structure de l'appendice est bien conservée. Le péritoine est épaissi. La couche musculeuse est normale. Le tissu lymphoïde est hyperplasique. Il n'y a aucune lésion spécifique sur les différentes coupes pratiquées.*

b) *Le fragment d'ovaire examiné est constitué par la paroi d'un kyste lutéinique hémorragique.*

c) *Les différents fragments de la frange épiploïque montrent une réaction inflammatoire folliculaire avec cellules géantes de type langhans, couronne de cellules épithéloïdes et couronne de cellules lymphoïdes : follicules de Kœster typiques.*

Observation n° 2

Observation n° 16



Observation n° 17

d) *Un petit fragment péritonéal montre les mêmes lésions que ci-dessus.*

On instaure le traitement médical qui va durer 4 mois jusqu'à ce que la numération et formule sanguine et la vitesse de sédimentation soient normales (streptomycine, Rimifon, Cortancyl ; cure héliomarine). Cette malade, actuellement, semble en bonne santé. Son abdomen est souple et non douloureux. Elle a des règles régulières et sa vitesse de sédimentation se maintient strictement normale ainsi que sa température.

Observation N° 13.

M^lle A..., 22 ans.

N'a pas d'antécédents collatéraux, ni héréditaires.

Elle a eu des maladies infantiles bénignes.

A 12 ans, virage important de la cuti-réaction avec amaigrissement nécessitant une cure en montagne.

Depuis, elle ne présente aucune lésion pulmonaire suspecte.

2 ans après, présente une typhoïde grave.

Elle a été réglée à 13 ans, cycle long (33/6) et accuse une dysménorrhée importante du 1^er jour.

En septembre 1957, elle présente deux crises douloureuses abdominales à prédominance droite qui font évoquer le diagnostic d'appendicite. Devant l'apyrexie et l'absence de trouble du transit intestinal, on évoque la possibilité d'une bacillose génitale. La vitesse de sédimentation sanguine est accélérée et pour trancher le problème une cœlioscopie est pratiquée.

Elle permet de mettre en évidence un utérus de volume normal légèrement attiré à gauche, flanqué de deux trompes turgescentes, rouges, avec adhérences péritonéales.

Pendant 2 mois, Rimifon et streptomycine sont administrés quotidiennement.

Nous examinons cette malade à la fin du traitement, elle ne souffre plus, vient d'être réglée de façon satisfaisante, le toucher rectal permet de sentir deux petites masses annexielles.

La vitesse de sédimentation est redevenue normale et on profite de l'examen pour faire une culture du sang des règles. Pendant 2 mois, la malade continue du Rimifon seul. A la fin de ce traitement, la cultuer du sang des règles sera positive.

On se décide alors à envoyer la malade en cure héliomarine tout en reprenant une streptomycinothérapie que l'on envisage de continuer pendant 2 mois.

Observation N° 14.

M^me H..., 32 ans.

Est examinée la première fois pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec inappétence et nausées.

On a proposé à cette jeune femme une intervention chirur-

gicale pour appendicite chronique, mais avant elle désire une investigation gynécologique.

L'examen montrera un utérus en rétroversion avec de chaque côté des trompes perceptibles et des paramètres congestifs et douloureux. L'interrogatoire nous apprend que depuis quelques mois les règles sont insignifiantes alors, que le cycle reste régulier, tous les 32-33 jours.

Depuis 3 ans, d'ailleurs, cette malade n'est pas en parfaite santé. On aurait découvert à cette époque-là une tache sous-claviculaire considérée comme une lésion en voie de guérison.

A 18 ans, elle a eu un érythème suivi d'une pleurésie gauche. Son frère est décédé à 17 ans de bacillose pulmonaire.

On conseille de pratiquer les examens suivants :

Vitesse de sédimentation ;
Numération et formule ;
Culture du sang des règles.

Sans attendre les résultats, on commence un traitement classique de bacillose génitale avec repos au lit.

Le traitement sera continué 4 mois car en plus d'une vitesse de sédimentation accélérée, la culture du sang des règles s'avérera positive.

A la fin du traitement, apparition d'une grossesse malheureusement interrompue par un avortement spontané.

Les suites sont parfaites.

Actuellement, la malade fait une cure héliomarine.

2° Parfois, c'est une étiologie endocrinienne qui est envisagée devant des tableaux tels que ceux que voici :

Observation N° 15.

M^me^ Ma..., 25 ans.

Entre dans le service pour troubles menstruels.

Antécédents : ses deux frères ont été réformés, elle n'a pu préciser pour quelle raison.

En 1946, à l'âge de 15 ans, elle a été opérée de l'appendicite, opération suivie de drainage.

Quelques mois après, elle fait une pleurésie droite avec hémoptysie. Elle a été réglée à 13 ans, tous les 30 jours pendant 1 jours, normalement jusqu'à 25 ans. A partir de ce moment, les cycles deviennent irréguliers et douloureux avec de longues périodes d'aménorrhée qui entraînent une hospitalisation dans un service de chirurgie en 1953 où elle subit une intervention. On aurait trouvé des adhérences importantes au niveau du cœcum, pas de lésions génitales, un utérus petit, des annexes normales. L'aménorrhée persiste après cette intervention, les règles ne surviennent que sous l'influence d'un traitement hormonal. En 1955, nouvelle hospitalisation à Montpellier où, après un traitement de 3 mois (?), les règles réapparaissent pour disparaître bientôt. En 1956, les règles surviennent spontanément 2 fois. Elle entre dans le service au début 1957.

Cette malade présente quelques signes d'imprégnation tuberculeux, asthénie, amaigrissement, sueurs nocturnes.

Elle est nerveuse, angoissée.

Au point de vue pulmonaire, on note de la toux sèche, les images radiologiques sont normales.

Elle est de taille petite, mais normale, féminité normale.

Les caractères sexuels secondaires également.

L'examen génital montre l'utérus petit, antéfléchi de type infantile

La vitesse de sédimentation est accélérée.

Formule et numération normales.

On fait une biopsie qui montre un endomètre à glandes dentelées sécrétantes. La muqueuse présente des signes d'imprégnation œstro-progestative, ni gravidité ni infection ni néoformation. Des fragments de cet endomètre ont été broyés et mis en culture sur milieu de Petragnani. Cette culture sera stérile. Par contre, les sécrétions vaginales et cervicales cultivées sur milieu de Petragnani ont donné naissance à des colonies de bacilles acido-alcoolo-résistants.

A la suite de cet examen, on instaure un traitement d'épreuve strepto-pénicilline-cortancyl.

Nous n'avons pu en connaître les résultats. La malade n'est pas revenue.

Observation N° 16.

*M*lle *Ra.... 37 ans.*

A été réglée à 14 ans avec tendance au retard. Il y a 7 ou 8 ans, elle reçoit un traitement hormonal pendant 3 mois qui semble avoir régularisé le cycle. Depuis 2 ans, ses règles traînent, suivies et précédées de pertes rouges, et sont accompagnées de douleurs abdominales. Elle a un syndrome pré-menstruel mammaire et abdominal marqué. Son médecin traitant lui fait une hystérosalpingographie dont voici les résultats : cavité utérine normale, muqueuse épaissie dans la région susisthmique, trompe rectiligne et segmentaire, mauvais remplissage du pavillon, passage plus que douteux, persistance d'une image identique au bout de 24 heures.

En mai 1957 : on lui fait une biopsie de l'endomètre sur laquelle on peut voir une inflammation nodulaire et folliculaire avec cellules géantes de type Langhans et couronné de cellules épithéloïdes et lymphoïdes.

Au point de vue hormonal, la muqueuse est à un stade folliculolutéinique intermédiaire. La culture du sang des règles a montré la présence de B. K.

On établit un traitement de strepto-Rimifon pendant 3 mois et on conseille une cure héliomarine de 6 mois.

Elle est depuis parfaitement bien réglée, les métrorragies ont disparu.

III. - **Formes à la limite de la tuberculose**

Enfin, bien souvent on ne peut mettre en évidence le bacille tuberculeux sur une coupe ou une culture mais le diagnostic repose sur un assez grand nombre de probabilités pour que cela équivale à une certitude.

Observation N° 17.

M^me^ Hir..., 27 ans.

A été réglée à 13 ans, normalement tous les 28 jours pendant 4 jours jusqu'à 17 ans. A ce moment-là, apparition d'une augmentation importante de poids et d'un syndrome prémenstruel à type de gonflement. Elle est mariée depuis 4 ans et se plaint essentiellement d'une stérilité et de phénomène de cystalgie apparaissant avant les règles. Les cycles sont allongés, irréguliers avec parfois ménorragie. Dans ses antécédents, on ne retrouve pas de signe d'imprégnation bacillaire et on note qu'une appendicectomie deux mois après le mariage avec suppuration et guérison assez lente de la plaie chirurgicale.

Les phénomènes menstruels sont apparus après cette intervention. A l'examen, il s'agit d'une femme présentant une obésité gynoïde (68 kg, 1,57 m) avec hypertrichose (menton, face interne des cuisses, abdomen). Les seins sont gros avec prédominance de la graisse sur la glande. La vulve est normale, le vagin aussi, l'utérus est un peu gros et il semble flanqué de deux ovaires légèrement augmentés de volume.

Les dosages hormonaux seront sensiblement normaux, y compris les 17-cétostéroïdes (8 mmg).

Les frottis vaginaux montrent des réponses satisfaisantes et la biopsie de l'endomètre est pratiquement normale.

On se décide à faire une hystérographie qui avait déjà été tentée six mois avant la consultation, qui avait été impossible.

Une première tentative, malgré une technique correcte et une pression importante, ne nous permet d'injecter que le col. Après mise en place d'une laminaire, l'hystérographie est possible et nous permet d'obtenir les clichés que nous discuterons.

Un traitement anti-bacillaire (streptomycine, 1 gramme par jour pendant 90 jours, plus Rimifon, 6 comprimés par jour) a permis à cette jeune femme d'avoir des règles normales, plus régulières, pendant 6 mois. Malheureusement, son départ à l'étranger ne nous a pas permis de suivre plus longtemps l'évolution de son affection.

Observation N° 18.

M^me^ Ca..., 32 ans.

Vient consulter pour aménorrhée. Dans ses antécédents, on retrouve à 9 ans des phénomènes pleurétiques suivis d'une crise d'asthme (?) qui nécessitent une cure de 1 an 1/2 à Briançon.

Elle a été appendicectomisée en 1948.

Réglée à 17 ans, son cycle est régulier et indolore, tous les 26 jours pendant 5 jours. En juin 1951, elle accouche à

6 mois d'un enfant mort et macéré. A partir de ce moment, ses règles diminuent d'abondance. Elle entre dans le service en novembre 1956 pour une aménorrhée de 5 mois accompagnée de troubles digestifs banaux, vomissements et lombalgie importante, ce qui fait envisager l'éventualité d'une grossesse. Les examens cliniques et le Brouha infirment cette hypothèse.

Le toucher vaginal montre un utérus petit flanqué de 2 petites masses annexielles dures et allongées.

Sur la biopsie d'endomètre, on observe une muqueuse qui ne présente pas de signes d'imprégnation hormonale active, un chorion abondant modifié par des raptus hémorragiques interstitiels sans caractère pathologique avéré.

L'hystérosalpingographie n'est pas caractéristique.

On fait une culture d'un écoulement sanglant survenu 2 mois après son entrée dans le service qui sera négative.

Les examens hormonaux, stéroïdes, urinaires, F.S.H., sont normaux.

La cœlioscopie montre une trompe droite turgescente, siège d'un hydro-salpinx, recouverte de multiples adhérences.

A gauche, une salpingite rétractile.

Il y a de nombreuses adhérences épiploïques.

Il n'y a pas d'étiologie inflammatoire, aussi pose-t-on le diagnostic de salpingite tuberculeuse. On entreprend un traitement d'épreuve par strepto-Rimifon à la suite duquel les règles reparaissent.

La contamination tuberculeuse est possible mais ancienne. Cette dame se présente comme une endocrinienne, les premières menstruations ont été tardives, le cycle court, obligonénorrhée qui, finalement, devient une aménorrhée.

Cependant, le bilan hormonal est normal, sauf la biopsie de l'endomètre qui révèle une muqueuse peu active.

La possibilité de tuberculose est portée sur l'hystérosalpingographie, l'épreuve thérapeutique, mais la cœlioscopie qui a permis de voir décèle un hydrosalpinx avec voile d'adhérences, de l'autre une salpingite rétractile, n'a pas montrée de follicules typiques.

Aucun élément inflammatoire dans le passé de cette dame n'explique ces lésions. On ne peut retenir l'accouchement prématuré dont nous avons pu retrouver l'observation et dont les suites ont été parfaites.

Il y a bien eu une poussée douloureuse du petit bassin après l'hystéro-salpingographie faite 3 semaines avant la cœlioscopie. Mais les lésions décelées à cet examen sont indiscutablement anciennes et chroniques. Si on ne peut affirmer leur origine culeuse, elles l'évoquent fermement.

Observation N° 19.

Mme Br..., 31 ans.

Ne présente aucun antécédent pathologique personnel ou familial. Elle a été réglée à 15 ans, tous les 28 jours pendant 5 jours. Ses règles ont été normales jusqu'à ces dernières années.

Depuis 5 ans, elles sont devenues plus abondantes, traînant pendant plusieurs jours sous forme de petites pertes noirâtres. Au cours du cycle, des pertes de sang irrégulières surviennent. Cette dame se plaint également de douleurs pelviennes. Elle est asthénique, pâle, amaigrie. Devant ces méno-métrorragies et cette baisse de l'état général, elle est hospitalisée dans un service de Médecine où on lui fait un bilan sanguin et endocrinien. Ces examens ne révèlent rien d'anormal, si ce n'est un certain degré d'anémie. Les différents organes, cœur, poumons, rate, S.N., ont été examinés et sont normaux.

La tension artérielle est un peu basse, 9,5/5.

La température est subnormale.

La vitesse de sédimentation est accélérée.

Cette malade est transférée à la clinique gynécologique où un toucher vaginal révélera un léger empâtement du cul-de-sac droit et un ovaire un peu gros.

On fait une cœlioscopie après 20 jours d'observation : le petit bassin est bloqué par des adhérences lâches et diffuses. On ne trouve pas de granulations typiques de tuberculose péritonéale. L'utérus semble normal, les trompes également.

Il n'y a pas d'autres signes de bacillose que ces adhérences qui recouvrent le petit bassin.

Une culture du sang des règles, une biopsie de l'endomètre ne permettront pas de découvrir le bacille de Koch.

Cette malade présente donc des signes d'imprégnation tuberculeuse associées à des méno-métrorragies et des résultats cœlioscopiques douteux. On institue un traitement d'épreuve pendant 3 mois à raison de 1 g de strepto et 6 comprimés de Rimifon par jour auquel on ajoute pendant le mois d'hospitalisation du cortancyl. Les résultats sont rapides, la malade grossit, n'est plus asthénique, les douleurs diminuent puis disparaissent. Les méno-métrorragies persistent un peu plus longtemps. Elle quitte le service fin septembre avec une formule et numération, une vitesse de sédimentation normales. Ses règles sont devenues comme par le passé, légèrement plus abondantes. Elle n'a plus présenté de métrorragies. Elle a continué son traitement jusqu'à la fin de l'année ; au printemps suivant, elle était toujours bien réglée et ne souffrait plus.

COMMENTAIRES

L'exposé de ces quelques observations nous permettra de mettre en valeur certaines résonances cliniques de la forme latente de tuberculose génitale en insistant sur l'importance des moyens de diagnostic, l'étio-pathogénie et l'évolution thérapeutique de cette affection.

S'il est des cas où l'examen clinique doit suffire à renseigner le médecin, ce n'est certainement pas celui de tuberculose latente, l'histoire de ces malades nous l'a bien montré. Les données cliniques conditionnent la pratique médicale, mais le diagnostic est le résultat des examens complémentaires.

Valeur des moyens de diagnostic

Nous venons de le dire, c'est sur eux que repose le diagnostic de tuberculose génitale. Ils n'ont pas tous le même intérêt. Seules, la biopsie endométriale et la culture peuvent faire la preuve de la présence du bacille de Koch. Mais la difficulté que l'on a à mettre le bacille en évidence dans cette maladie oblige le médecin à utiliser tous les moyens de recherche qu'il possède et à répéter parfois ces examens.

Sont-ils dangereux ? Certains auteurs ont attiré l'attention sur les risques de poussée inflammatoire qu'ils pouvaient entraîner. Cette éventualité est très rare, pour ne pas dire exceptionnelle, si l'on effectue ces examens sous couvert d'antibiotiques. Leur répétition même n'entraîne aucune complication, comme l'on peut conclure de l'observation publiée par MM. Funck-Brentano et Dalsace. Cette observation relate l'histoire d'une malade qui a subi, à la suite d'une intervention, 3 hystérographies avec insufflation utéro-tubaire et plusieurs biopsies sans accuser le moindre malaise. Illustration légèrement excessive de l'innocuité de ces examens.

On leur a reproché également le peu de certitude qu'ils donnent. Seul le résultat positif a de la valeur. Négatif, il ne donne pas le droit d'écarter la tuberculose. Mais certains signes, sans être pathognomoniques, sont assez nettement évocateurs de bacillose pour permettre, associés aux renseignements cliniques et à la notion d'antécédents tuberculeux, d'avancer avec raison un diagnostic de tuberculose génitale.

Reprenons ces examens :

Les examens généraux tels la vitesse de sédimentation, la formule et numération globulaires sont perturbés dans la tuberculose comme au cours de tout processus inflammatoire. Ils permettent de juger, sans être spécifique, de l'évolutivité de la lésion. Ainsi, la vitesse de sédimentation accélérée est un argument en faveur d'une lésion bacillaire encore active comme ce fut le cas chez Mme A..., n° 12, Mlle A..., n° 13, Mme H.,,, n° 14 ; Mme Ma..., n° 15, et Mme Br..., n° 19.

La courbe de température est également intéressante à observer, classiquement elle montre une légère fébricule : Mme A..., n° 18, Mme Br..., n° 19, ou des poussées thermiques comme chez Mlle Bo..., n° 111. Nous avons surtout observé ses variations suivant les phases hormonales du cycle menstruel. Elle était monophasique chez Mme Ni..., n° 2, chez Mme B..., n° 8, elle était diphasique mais avec un léger décalage seulement chez Mme Po..., n° 3, chez qui la biopsie avait révélé cependant une insuffisance progestative et une anovulation.

La radio pulmonaire était normale et il fallait s'y attendre, sauf chez Mme J. R..., n° 6, dont les poumons étaient le siège de lésions en activité.

Biopsie d'Endomètre.

C'est le principal examen car il est facile, ne nécessitant pas d'appareillage important et donne des résultats rapides.

Sur les 13 biopsies dont nous avons étudié les réponses, 3 révèlent la présence de bacille de Koch. Les 10 autres ne laissent voir aucune formation folliculaire. Pouvait-on conclure à l'absence de tuberculose ? Les biopsies ont été faites à la fin du cycle ; vers le 20e jour, donc au moment le plus favorable. Mais le prélèvement a pu épargner la zone malade. L'endomètre pouvait être sain, la trompe seule atteinte. Il est admis, plusieurs travaux l'ont démontré, que c'est l'organe le plus fragile et le plus facilement touché par le bacille tuberculeux.

Nous voyons donc, et ceci concorde avec l'opinion de tous les histologistes, qu'il ne faut pas s'attendre à une preuve facilement fournie par la biopsie.

Cependant, même négatifs, les renseignements donnés par les 10 autres biopsies étaient intéressants. Ils révélaient la grande fréquence des anomalies hormonales rencontrées au cours de la tuberculose.

Sur 6 biopsies, il existait une insuffisance progestative. Une fois, au contraire, une hyperlutéinie (Mme Pe..., n° 2). Dans les 3 autres cas, la muqueuse était normale et chez une de ces malades, la culture des sécrétions cervicales fut positive. Nous connaissons déjà l'existence d'un dérèglement hormonal associé à la tuberculose. La lutéinisation se fait mal ou pas du tout dans de très nombreux cas. L'hyperfolliculinie se rencontre souvent au cours de la tuberculose. Les expériences de Siems et Kracht ont montré que l'hormone folliculaire favorisait l'envahissement de l'endomètre par le bacille.

Ces perturbations hormonales, pour intéressantes qu'elles soient à noter, n'ont aucune valeur affirmative diagnostique. D'après nos exemples, il faut reconnaître que la biopsie de l'endomètre n'apporte pas toujours de résultat décisif par la notion de follicule tuberculeux. Souvent, on ne peut voir qu'un amas de cellules lymphoïdes ou épithélioïdes. La morphologie de ces formations nodulaires peut être si atypique que certains auteurs ont invoqué d'autres étiologies. On a ainsi parlé de réactions de la muqueuse autour de corps étrangers (produits

de contraste tel le lipiodol ou médicaments), de rétention de débris tissulaires provenant du placenta ou de caillots sanguins. On a incriminé la sarcoïdose de Besnier-Boeck, des infections microbiennes, des mycoses... Pour Jean de Brux qui a longuement étudié l'aspect de ces formations et constaté leur disparition après traitement ou la transformation de follicules typiques en lésions semblables, seule la tuberculose peut être retenue dans l'explication de ces images. Les autres étiologies sont rarissimes et peuvent être différenciées par certaines méthodes de coloration. La difficulté de l'examen histologique souligne la nécessité de répéter les recherches pour trouver puis suivre l'évolution de la lésion sous l'influence du traitement.

Les Cultures.

On peut mettre en culture le sang des règles, les sécrétions cervico-vaginales, des fragments endométriques prélevés par biopsie (Bedrine et Houlné, Halbrecht). Les auteurs insistent sur l'intérêt de telles méthodes dont les résultats concordent dans l'ensemble avec ceux de l'histologie. Pour Kraubig, la culture du sang menstruel aurait eu un résultat positif dans les deux tiers des cas de tuberculose génitale. Dans nos observations, toutes les fois que la biopsie décela une lésion tuberculeuse, le résultat de la culture du sang ou des sécrétions fut positif. Il le fut également dans 4 cas où la biopsie n'avait montré qu'une imprégnation hormonale anormale. Le développement d'une colonie bacillaire traduit une endométrite évolutive ou une salpingite exsudative. Si le résultat de la culture est négatif, il peut s'agir de lésions scléreuses ou de lésions évolutives des trompes s'accompagnant d'une obturation qui empêche le passage du bacille.

M. le Professeur Grébus a bien voulu nous donner quelques précisions sur les modalités de cet examen.

Il faut ensemencer plusieurs tubes avec du sang des règles du 2e jour et avec les sécrétions utérines du dernier jour. Suivant la date du premier examen, on peut ensemencer les sécrétions cervicales du milieu du cycle et un broyat d'un fragment d'endomètre lorsqu'on fait la biopsie. On pourrait aussi tenter, en cas d'aménorrhée, une aspiration endo-utérine.

2 à 3 ml de sang suffisent pour le prélèvement ; si c'est du sang coagulé recueilli dans les culs-de-sac vaginaux, il faut le laver avec du sérum physiologique stérile. On ajoute 1 ml d'acide sulfurique à 10 % et l'on laisse agir à l'étuve à 37° pendant 15 minutes, puis on neutralise avec une solution de soude. Après centrifugation, on décante une partie du surnageant et l'on ensemence avec le reste 4 tubes de milieu de Pétrignani de fabrication récente. Il est essentiel que le milieu de culture soit un milieu très frais. La culture est mise à l'étuve à 37°. On observe régulièrement le milieu et dès l'apparition de colonies, on effectue un prélèvement. On fait un frottis que l'on colore selon les procédés de Ziehl pour contrôler la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants. Cet examen nécessite malheureuse-

ment une attente de 40 à 60 jours et parfois plus, si les lésions sont paucibacillaires, avant de donner une réponse. Mais ces résultats sont intéressants.

M. Grébus, sur 50 examens de sang menstruel effectués pour suspicion de tuberculose, a trouvé 16 résultats positifs, soit environ 1/3 des cas. Cet examen présente également un intérêt pratique, il permet de suivre facilement l'évolution de la maladie et de contrôler la guérison. Nous avons vu à ce propos une malade chez qui la culture du sang des règles était toujours positive après 60 jours de traitement par la streptomycine. De tel fait découle la nécessité d'instituer un traitement de longue durée et de ne l'arrêter qu'une fois la guérison reconnue par des examens négatifs répétés. Nous considérons cet examen comme très intéressant malgré le délai demandé par le laboratoire, il n'empêche pas d'instaurer sans attendre un traitement d'épreuve.

L'inoculation au cobaye.

C'est un procédé qui n'est pas très employé dans les cas de tuberculose génitale. L'inoculation au cobaye donne en effet peu de résultats, qui sont de plus tardifs. Gordon Millar a mis cependant au point une technique d'émulsion et d'injection particulière qui donnerait des résultats assez intéressants. Nous n'avons pour notre part pas d'expérience d'inoculation et ne pouvons donc avancer d'opinion.

L'hystérosalpingographie.

C'est le 3e examen de grande valeur. Il est à pratiquer chaque fois que l'état de la malade n'est pas inflammatoire. Il est bien rare qu'il ne fournisse pas de renseignements. Il convient de prendre plusieurs clichés. Voici la technique qui fut employée pour les hystérographies que nous avons observées.

On fait en premier lieu un cliché sans préparation. Puis, au cours du remplissage, 3 ou 4 clichés suivant différentes incidences.

Au cours de la vidange, on fait 1 ou 2 clichés, puis un cliché de contrôle 8 à 12 heures après et selon le résultat on en prend un dernier au bout de 24 heures.

Si les images rencontrées ne sont pas toujours caractéristiques, elles suffisent souvent à faire envisager la bacillose et ainsi à la faire rechercher et parfois découvrir. Nous allons étudier ces images au niveau de l'utérus et au niveau des trompes. L'hystérographie a été pratiquée chez 10 malades dont nous avons étudié les observations. Elle montrera presque chaque fois des lésions tubaires dont 2 cas seulement des lésions du corps utérin.

L'interprétation des lésions d'endométrie tuberculeuse est assez délicate, nous l'avons vu chez Mme Pe..., n° 7, et Mlle R..., n° 16, par exemple la cavité utérine ne présentait d'autres déformations qu'une muqueuse épaissie. Nous avons cependant quelques clichés d'une cavité absolument déformée, au contour déchiqueté avec récupération parfaite après le traitement (observation n° 2).

Dans l'observation n° 17, l'hystérographie a été difficile à exécuter et permet de penser qu'il s'agit d'une synéchie tuberculeuse. La propagation du liquide de contraste s'est faite de façon curieuse, un mince faisceau irrégulier a traversé la cavité pour aller injecter une trompe puis s'est répandu sous une pression importante de façon irrégulière jusqu'à remplir toute la cavité utérine sauf une encoche au niveau du fond. La symphise cicatricielle des parois utérines a été particulièrement étudiée par Netter et Musset. Ces auteurs ont décrit des images en doigt de gant en trèfles avec disparition parfois totale de la cavité utérine et persistance du canal cervical seul. Ces images sont caractéristiques de tuberculose mais leur diagnostic ne peut pas s'appuyer sur l'hystologie car pour ces auteurs, la synéchie est un processus de guérison qui ne s'accompagne plus de lésion évolutive. Il est certain cas où la biopsie est même impossible à pratiquer du fait de l'accolement des parois qui empêchent la pénétration de la curette. Mais ces images de synéchie peuvent n'être que transitoires. Il ne faut pas s'empresser d'affirmer leur non-évolutivité. Elles sont liées le plus souvent à une sclérose cicatricielle mais leur évolution n'est pas forcément fixée et le traitement médical peut agir sur ces aspects.

Nous avons relevé 8 sur 10 des images traduisant une sténose plus ou moins complète de trompe et la rigidité de leur paroi. L'injection tubaire se fait très mal ou pas du tout. Si l'hystérographie montre l'absence d'imprégnation tubaire, on peut conclure qu'il y a un obstacle au passage du liquide mais cet obstacle n'est pas forcément tuberculeux. De même, les images d'hydrosalpinx comme nous en avons rencontré chez M^me^ La..., n° 6, et M^lle^ Ca..., n° 18, sont des aspects classiques de tuberculose et non spécifique. Leur présence peut témoigner de bien d'autres infections ; beaucoup plus caractéristiques sont les images décrites par R. Solal :

— la rigidité segmentaire des trompes qui revêt un aspect en tuyau de pipe (observations n^os^ 4, 7, 16) ;

— la succession de striction et dilatation qui donne une image en chapelet (n° 4) ;

— l'aspect flou, marécageux, déchiqueté de leur extrémité (n° 8).

Notons enfin l'épaississement des plis muqueux longitudinaux sur lesquels Ekengreen a insisté.

La cœlioscopie.

Elle a été pratiquée chez 6 de ces malades. Cet examen, bien que sans danger, nécessite quelques précautions et un opérateur exercé. Les renseignements qu'il donne ne sont pas toujours caractéristiques, mais il permet de reconnaître l'état du petit bassin. Nous avons observé des adhérences nombreuses et fixant les organes pelviens et l'épiploon (n^os^ 6, 8, 18, 19). Des modifications de calibre et de forme des trompes, qui étaient rétractées par une salpingite chronique et ancienne ; des cas (n^os^ 6, 8) où, au contraire, portaient des lésions évolutives (n° 13).

Dans un autre cas, la trompe était le siège d'un hydrosalpinx (n° 18). Nous n'avons pas pu observer de lésions typiques telles les granulations péritonéales. Cependant, des résultats douteux ont permis d'instituer un traitement anti-bacillaire qui, très rapidement, fit disparaître les troubles. Ceci nous amène à parler de l'épreuve thérapeutique.

Traitement d'épreuve.

Certains auteurs ne lui accordent pas la valeur d'une preuve. A nos yeux, il conserve tout son intérêt. Quand les signes de présomption sont insuffisants pour faire instituer un traitement anti-tuberculeux, si le résultat est une amélioration, nous pensons que c'est une preuve de valeur certaine et en même temps un but, celui en définitive que l'on cherche : guérir la malade.

Nous voyons que le diagnostic de la tuberculose génitale latente, qui ne repose pas sur les faits cliniques, s'appuie sur les examens dont 2 seulement permettent d'avoir une certitude : biopsie et culture positive. Mais le résultat négatif, et ceci est vrai pour la tuberculose comme pour n'importe quelle maladie, ne peut faire éliminer la bacillose. Il est parfois nécessaire de répéter ces examens qui sont inoffensifs. Le traitement d'épreuve n'apporte pas de certitude scientifique mais est une réussite médicale. Le problème restera sans conclusion tout en étant résolu.

Étiopathogénie

La tuberculose génitale n'est pas une tuberculose primitive ; Moricard en avait émis l'opinion en 1948. Depuis, Sharman, Ekmengreen, Halbrecht, Bret et Legros ont insisté sur la fréquence d'une localisation antérieure du bacille. Cette localisation, nous l'avons retrouvée chez nos malades 13 fois sur 19. Voici comment les lésions se répartissaient :

— Cinq fois pleurésie indiscutable avec dans un cas association d'une péritonite (M^me^ Pe..., n° 7) ;

Une bacillose rénale ;

Trois lésions intestino-péritonéales dont une associée à une réaction pleurale (M^me^ Ma..., n° 15) ;

Dans un cas seulement, bacillose pulmonaire ayant évolué longtemps (M^me^ J. R..., n° 9) et dans 3 cas pneumo-infection importante nécessitant une thérapeutique.

C'est donc au premier chef une pleurésie survenue au cours de l'adolescence, puis péritonite, lésion pulmonaire, néphrite. Ces données concordent avec les statistiques effectuées par Bret. Un fait nous semble intéressant à relever, c'est la coïncidence fréquente d'une appendicite qui traîne, dont l'opération est suivie de drainage avec une pleurésie ou une pleurite. La nature de l'atteinte appendiculaire semble dans ce cas assez évocatrice de tuberculose. Nous voyons la fréquence des antécédents. Il faut les rechercher avec soin. Leur importance est grande dans cette affection qui est évoquée par beaucoup de signes mais

rarement prouvée de façon absolue. Tous les indices susceptibles d'aiguiller le diagnostic prennent d'autant plus de valeur et la notion de contamination tuberculeuse est un argument de poids.

Si on veut la faire rentrer dans le cycle de Rank, la tuberculose génitale se situe dans la phase tertiaire succédant à une localisation I° ou II° qui est le plus souvent une atteinte des séreuses. L'aménorrhée est un signe classique d'imprégnation tuberculeuse. Peut-être traduit-elle une flambée passagère de tuberculose génitale qui, passée inaperçue, poursuit une évolution latente pendant des années.

Nous avons vu en effet qu'il faut remonter dans la plupart des cas aux années d'adolescence pour retrouver la contamination. Il y a ainsi un temps de latence, véritable intervalle libre où le bacille une fois greffé dans l'organisme s'est développé sans manifester sa présence. Chez nos malades, sa durée variait de 9 à 15 ans. Nous n'avons retrouvé aucun trouble caractéristique de bacillose pendant cet intervalle. La localisation génitale est cependant contemporaine de l'infection primitive ou la suit de très près. L'ancienneté des lésions retrouvées à la cœlioscopie ou au cours d'opération le prouve. Elles caractérisent un état inflammatoire chronique, latent. Ce sont des adhérences bloquant le petit bassin, des réactions de défense organisées et fixées, et l'aspect histologique n'est souvent plus évolutif.

La propagation se fait par voie sanguine comme pour la plupart des localisations tuberculeuses à partir d'un foyer primitif parfois insoupçonné. Peut-être, après une péritonite, le bacille se greffe-t-il directement par contiguïté sur les organes génitaux ? Cela n'est pas certain. La tuberculose génitale est bien, comme le dit Conheim, une tuberculose métastatique.

EVOLUTION THERAPEUTIQUE

Evolution thérapeutique

Nous en arrivons au dernier point que ces observations nous permettent de commenter : l'évolution de la tuberculose génitale latente. C'est une maladie à marche très lente. Le début peut être fixé de façon approximative dans le cas où l'on retrouve des antécédents. Chez les malades qui ne présentent pas de contamination tuberculeuse préalable, il échappe à tout contrôle. De même, la fin de la maladie est difficile à préciser. Elle ne se termine pas brusquement. Il y a bien des guérisons apparentes, parfois spectaculaires, mais la guérison anatomique est difficile à certifier. A de rares exceptions près, la tuberculose génitale dure plusieurs années pendant lesquelles elle ne se manifeste pas ou de façon discrète. Chez M^me^ Azo..., l'infection tuberculeuse primitive se situe à 20 ans mais elle n'est traitée pour tuberculose génitale qu'à 37 puis 39 ans. Chez M^me^ J. R..., au contraire, les lésions bacillaires évoluent depuis 3 ans. Entre ces deux limites, la durée moyenne la plus fréquemment rencontrée est d'une dizaine d'années. Cette évolution torpide se fait parfois vers une guérison spontanée, mais elle est longue à obtenir et ne s'achète qu'au prix d'une oblitération tubaire. La synéchie endométriale est plus exceptionnelle. Aussi vaut-il mieux envisager un traitement. Cependant, sa nécessité n'est pas indiscutable et nous allons voir quel est son intérêt en fonction de ses résultats.

L'intérêt de la thérapeutique réside en deux points : la lutte contre la tuberculose et contre les troubles fonctionnels.

1° Le traitement de la tuberculose. Si le bacille de Koch a été mis en évidence, il ne se discute pas. Son intérêt est entier. Même s'il semble endormi, peu virulent, on ne peut lui laisser la possibilité d'un brusque réveil.

La valeur du traitement est beaucoup plus douteuse s'il n'y a pas de bacilles, si l'on se trouve en présence de lésions scléreuses. Il ne fera que hâter, dans ces cas-là, une évolution qui se fait d'elle-même vers la guérison spontanée.

Mais il garde une valeur sur le plan psychique en tranquillisant la malade (ainsi chez M^me^ La..., n° 6).

Le traitement des troubles fonctionnels se discute différemment si l'on considère la stérilité ou les troubles douloureux et pseudo-hormonaux.

La stérilité, dans la grande majorité des cas, persiste malgré le traitement. De nombreux auteurs (Bédrine, Fruhinshcelz et Feuillade, Bret, Kirchoff, Sutherland, Halbrecht) ont cependant rapporté des observations où la fécondation fut possible. Mais les grossesses qui s'ensuivent n'ont pas toujours une

évolution favorable. Bien au contraire, elles sont fréquemment interrompues par un avortement, surtout dans les premiers mois (comme ce fut le cas chez Mme H..., n° 14). Si la grossesse évolue jusqu'à terme, l'enfant sera souvent débile. De même, l'éventualité d'une nidation ectopique est toujours possible. On a parlé de coïncidence simple. Il semble qu'il y ait plus que cela (observations de Dalsace et Cl. Weibel). Les lésions d'endométrite, les plicatures et coudures des trompes favorisent certainement l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Cependant, les cas publiés de grossesse survenue après un traitement anti-tuberculeux évoluant normalement et se terminant par l'accouchement à terme d'enfant en bonne santé suffisent pour faire envisager le traitement de la stérilité tout en connaissant ses risques d'échec.

Une de nos malades, Mme Po..., n° 3, nous a permis d'observer la disparition, à la suite du traitement, d'une obturation tubaire bilatérale, la possibilité d'une grossesse ne peut être écartée à priori chez elle.

Quant aux troubles gynécologiques pseudo-hormonaux ou douloureux, il faut les traiter sans discussion. Le docteur Sutherland et ses collègues ont tenté de mener un parallèle entre deux groupes de malades dont les caractéristiques étaient semblables, l'un traité et l'autre qui ne le fut pas. Les résultats de cet essai furent très concluants. La majorité des personnes n'ayant pas reçu de traitement virent leur état évoluer sans amélioration et souvent s'aggraver. Alors que dans le groupe traité, les examens de contrôle se révélaient pour la plupart négatifs. Les résultats de cette tentative laissent peu de doute sur l'intérêt de la thérapeutique. En fait, il n'y a pas de contre-indication au traitement médical. Il n'est pas dangereux, la streptomycine ne donen plus d'accident, et il peut avoir d'excellents résultats.

A part les formes scléreuses, définitives sur lesquelles il n'agirait pas, il vaut mieux faire un traitement. Il a été institué chez toutes nos malades sauf chez Mme Ch..., n° 1, qui le refusa. Les résultats sont très différents, nous l'avons vu, selon les manifestations de la tuberculose. La stérilité persiste mais l'on ne peut exclure l'éventualité d'une grossesse. Du point de vue fonctionnel, par contre, tous les troubles dont se plaignaient nos malades ont disparu après le traitement et parfois d'une façon remarquablement rapide et complète (Mlle R..., n° 5, Mme B..., n° 19, Mme Ca..., n° 18).

La guérison de la tuberculose est plus difficile à assurer. Dans les cas où la biopsie ou la culture avaient été positives, une réponse négative est un critère de guérison. La modification des images hystérographiques après le traitement permet d'apprécier son résultat.

Ainsi, chez Mme Ni..., n° 2, l'hystérographie effectuée après le traitement montre une cavité utérine normale et une imprégnation tubaire correcte. Chez Mme Po..., n° 3, également, les trompes sont redevenues perméables après le traitement.

Et ce traitement est avant tout médical. La chirurgie semble devoir être écartée à priori, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Elle est réservée aux formes rebelles au traitement médical, poussée inflammatoire aiguë et séquelles douloureuses. Quand il faut avoir recours à l'exérèse, l'indication de son importance est délicate à poser. Certains prônent la chirurgie conservatrice, d'autres pensent qu'il vaut mieux faire une hystérectomie totale comprenant l'ablation des ovaires. Ceux-ci sont rarement touchés par le bacille tuberculeux mais ils sont cependant atteints dans leur fonctionnement et sont le siège de réaction polikystique. Cette réaction serait responsable des syndromes pré-menstruels si fréquemment rencontrés et de la déficience hormonale surtout progestative que la biopsie de l'endomètre permet de constater dans de nombreux cas.

En général, le traitement médical est suffisant à condition d'être poursuivi assez longtemps. Halbrecht pense que la malade ne peut être considérée comme guérie avant 3 ans. Il convient de consolider la guérison par une cure hélio-marine de 6 mois.

La thérapeutique médicale maintenant classique a été tracée dans ses grandes lignes par Bret-Legros dont nous rejoignons les principes.

— Faire arriver le maximum de produits actifs au contact des lésions par voie générale et par voie locale.

— Instituer un traitement d'emblée maximum quotidien et continu.

— Ne le limiter ni dans le temps, ni dans les doses de produits employés.

— N'envisager l'arrêt du traitement qu'après plusieurs tests de contrôle dont les résultats sont normaux. D'après nos observations, la guérison semble être établie de façon sûre après 5 mois de traitement médical auquel il est bon d'ajouter 6 mois de cure helio-marine. Le traitement médical, c'est celui de la tuberculose. Beaucoup d'auteurs ont insisté sur les associations médicamenteuses (Bret, Sutherland, Halbrecht). Elles sont d'une plus grande efficacité que lors de l'emploi séparé de ces produits. D'une façon classique, on donne :

— streptomycine : 1,5 g pendant les 10 premiers jours, puis 1 g par jour ;

— Rimifon : 5 mg par kilo de poids, soit 250 à 300 mmg par jour ;

— acide para-amino-salicylique : une perfusion par jour au moins pendant 40 à 45 jours.

L'emploi de la cortisone associée à ces médicaments permet de combattre la sclérose et favorise ainsi la reperméation de trompes bouchées. On l'administre 3 ou 4 jours après la streptomycine aux doses de 200 mmg par jour la première semaine, puis on diminue de 50 mg par semaine, pour arriver à la dose de 50 mmg par jour poursuivie si le traitement aux antibiotiques

continue. Elle nécessite quelques précautions,: surveillance de la glycémie, régime sans sel, vérification du bilan hormonal. Cette surveillance restreint l'emploi de la cortisone aux cas où la malade est hospitalisée. La plupart de nos malades reçurent un traitement quotidien de 1 g de streptomycine et 6 comprimés de Rimifon avec ou sans cortancyl. Les doses totales administrées furent très variables. Bret a mentionné des doses allant de 45 à 268 g de streptomycine nécessaires pour obtenir la guérison. Nous relevons une durée de 2 mois chez Mme P..., n° 3, ou Mme Ca..., n° 18, pour avoir un résultat, alors qu'il fallut poursuivre le traitement pendant 6 mois chez Mme Ni..., n° 2.

Et si la guérison paraît solidement établie à la suite du traitement, on ne peut affirmer qu'elle le soit de façon définitive. On ne peut exclure la possibilité d'une grossesse ultérieure, espoir bien faible mais réalisable ; on ne peut de même écarter totalement une nouvelle manifestation du bacille de Koch.

CONCLUSIONS

Dans notre travail, après avoir revu les données classiques sur la tuberculose génitale, nous présentons 19 observations de ces formes cliniques particulières :

Nous avons cru pouvoir les classer :

1° en formes inapparentes découvertes soit au cours de l'exploration d'une stérilité, soit au cours d'une intervention chirurgicale motivée par une autre lésion ;

2° en formes pseudo-hormonales (camouflées) ou douloureuses ;

3° en formes à la limite de la tuberculose, suivant l'expression de Bret.

Formes dans lesquelles le B.K. ne peut être mis en évidence et où le traitement amène une guérison clinique apparente.

Ces observations nous ont permis de faire une étude critique des moyens de diagnostic.

— *La biopsie de l'endomètre* et la *culture du sang* des règles lorsqu'elles sont positives sont les deux seuls examens probants. Il faut savoir les répéter pour tenter de faire la preuve de la bacillose.

— *L'hystérographie* donne des renseignements intéressants et permet d'envisager le diagnostic sans en donner une preuve formelle. Les images tubaires sont souvent les plus intéressantes à considérer.

— *La cœlioscopie* n'est pas à faire dans tous les cas. Elle met en évidence soit une lésion tubaire, non pathognomonique, soit plus rarement des granulations miliaires. Elle est à faire chaque fois que le diagnostic reste en suspens et qu'il n'y a aucun signe d'évolutivité.

Nos observations confirment la longueur de l'évolution de ces forme squi sont le plus souvent à la limite de la guérison, mais aussi nous ont permis de voir que la lésion la plus inapparente pouvait être évolutive surtout au niveau de l'endomètre.

Le traitement n'est pas toujours indiqué. Lorsqu'il est nécessaire, il doit être de longue durée pour avoir une efficacité certaine.

Vu et approuvé.
Le Président de Thèse :
J. CHOSSON.

Vu et approuvé.
Le Doyen :
G. MORIN.

Vu et permis d'imprimer N°
Aix, le 11 mars 1958
Le Recteur : J. BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les articles publiés avant 1956, nous vous prions de vous rapporter à la bibliographie présentée par Bret et Legros dans leur livre.

Bret J. et Legros R. — Tuberculose utéro-annexielle. — Masson et Cie, 1956.

La tuberculose génitale féminine. — XVII[e] Congrès Français de Gynécologie, mai 1948, Montpellier. Expansion Scientifique.

Armanet et Fruit. — Réflexions sur une statistique de 536 cas de péritonites bacillaires. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1854, 35, 201-209.

Bret J. et Legros R. — A propos du diagnostic de la tuberculose génitale. — *Presse Médicale*, 3 octobre 1956, 64, n° 70, 1604 - 1105.

Bret J., Legros R. et Duperrat B. — Les hémorragies dans la tuberculose utéro-annexielle. — *Revue Franç. Gyn. et Obst.*, mars-avril 1957, p. 99.

Barns. — The natural history of pelvis tuberculosis. — *J. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, vol. LXII, n° 2, pp. 162-175.

De Bru J. et Rauzy A. — Lésions histologiques de la tuberculose annexielle inapparente. — *Gynécologie et Obstétrique*.

Chartier M. — Tuberculose génitale et grossesse. — *Gazette Médicale de France*, juillet 1955, tome 62, n° 13, 1079-1081.

Cometti B. et Grosset J. — *Rev. Tub.*, décembre 1956.

Dalsace. — Tuberculose utéro-anexielle inapparente. — *Gynécologie Pratique*, 1956, 7, 187.
Gazette Médicale de France, tome 62, n° 13, juillet 1955.
Compte rendu Société Française de Gynécologie. Séance du 18 mars 1957.

Frunck Brentano et Dalsace. — Tuberculose génitale latente. — *Gynécologie et Obstétrique*, Paris.

Gautier P., Vendendorf et Dufour-Bernier. — Contribution de la radiologie au diagnostic des formes inapparentes de la tuberculose utérine. — *Bull. Soc. Royale Belge de Gyn. et d'Obst.*, t. 26, n° 4 (1956), pp. 472-486.

Halbrecht I. — Antibiotic Therapy of Tuberculosis of the female genitalia. — *The Lancet*, december 3, 1955, 1165-1167.

Kirchoff H. — A propos de la coïncidence de la grossesse et de la tuberculose génitale. — *Munchner Medizinische Wochenschnift Munich*, 98, 29 (2017 - 1956), pp. 975-977.

Lutz A., Schneider M. et Witz A. — Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose. Valeur comparée de la culture et de l'inoculation. — *Strasbourg Médical*, 1957, 8, mai, n° 5, 390-402.

MORIN P. — Tuberculose génitale de la femme. — *Encyclop. Méd. Chir. Gyn.*, 6, 1956.

MORIN P. — La tuberculose génitale de la femme. Etiologie et pathogénie générales, formes cliniques, traitement. — *Gynécologie*, 481-490 et 491-494, 1948.

NETTER, MUSSET, DALSACE. — Rapport sur les synéchies utérines. — XVII[e] Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Langue Française, Marseille. Masson et Cie, éditeurs, 1958.

NETTER, LAMBERT et SALOMON. — Les synéchies utérines, synéchies traumatiques et synéchies spontanées. — *Gynécologie et Obstétrique*, Paris.

NETTER, MUSSET R., LAMBERT A., SALOMON Y. et MONTBAZET G. — Symphyse endo-utérine tuberculeuse : un syndrome anatomo-clinique et radiologique caractéristique. — *Gynécologie et Obstétrique*, tome 54, n° 7, 1955.

PHILIPPE M. — L'hystérosalpingographie dans la tuberculose tubaire. — *Gynécologie*, 481-490, 1951.

PHILIPPE M. — La streptomycine dans la tuberculose génitale. — *Gynécologie*, 1951.

PALMER. — La place actuelle de la cœlioscopie dans le diagnostic de la tuberculose génitale féminine. — Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca (P[r] FUNCK - BRENTANO).

SOLAL R. — Diagnostic radiologique de la tuberculose tubaire inapparente. — Société Française de Gynécologie, février 1956.

SOLAL R. — L'hystérosalpingographie au lipiodol. — Colloque de la fonction tubaire, juillet 1955.

SOLAL R. — Trois aspects de la tuberculose génitale cliniquement inapparente. — *Presse Médicale*, 65, n° 33, 1957, 774-775.

SUTHERLAND. — Traitement de la tuberculose de l'endomètre par streptomycine et P.A.S.
The treatment of Endométrial Tuberculosis with streptomycine and P.A.S. — *Tubercle*, London (1957), 38 (46-51).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

Ce travail a été exécuté par les
EDITIONS "QUO VADIS"
EDITIONS - IMPRESSIONS
RELIURE INDUSTRIELLE
MARSEILLE